

介護保険 負担限度額認定申請書

みやま市 402297

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日		明・大・昭 年 月 日		性別		男 ・ 女														
住所		連絡先																		
入所施設等に関する事項*	入所(院)年月日	年 月 日		*介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、「入所施設等に関する事項」については、記入不要です。																
	施設の名称及び所在地	名称 所在地		連絡先																
配偶者の有無※		有 ・ 無		※左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ			性別		男 ・ 女														
	氏名			個人番号																
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		市町村民税課税状況		課 税 ・ 非課税														
	住所	<input type="checkbox"/> 本人に同じ		連絡先																
	本年1月1日現在の住所	*現住所と異なる場合に記入してください。																		
収入等・預貯金等に関する申告		別紙申告書のとおり																		
<p>みやま市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者(本人) 氏名 _____</p> <p>届出者 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 申請者との関係 _____ 連絡先 _____</p>																				

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 配偶者がみやま市以外の市町村に居住している場合は、非課税を証明する書類を添付してください。
- (3) 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

受付印

※みやま市記入欄

確 認				審 査				利用者負担段階			
<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 収入等申告書 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 税証明(他市に居住する配偶者)				本人世帯 課税 ・ 非課税 配偶者 課税 ・ 非課税 資 産 超過 ・ 範囲内 保険料滞納 有 ・ 無							
決 定 事 項				適 用 期 間							
承認する ・ 承認しない				令和 年 月 日から令和 年 月 日まで							
決 裁	課 長	課長補佐	係長	係		算定基準日	令和 年 月 日				
						起 案 日	令和 年 月 日				
						決 裁 日	令和 年 月 日				
						入 力 日	令和 年 月 日				
						交 付 日	令和 年 月 日				

収入等申告書兼同意書

1 収入等に関する申告

	所得の状況	預貯金等の要件
<input type="checkbox"/>	生活保護等を受給している／ 市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金を受給しています。	預貯金等の金額の合計が 1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下)
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって (受給している年金に○してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入 額の合計が年額80万円以下です。	預貯金等の金額の合計が 650万円以下 (夫婦は1,650万円以下)
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって (受給している年金に○してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入 額の合計が年額80万円超120万円以下です。	預貯金等の金額の合計が 550万円以下 (夫婦は1,550万円以下)
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって (受給している年金に○してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入 額の合計が年額120万円を超えます。	預貯金等の金額の合計が 500万円以下 (夫婦は1,500万円以下)

※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金は遺族年金に含みます。

2 預貯金等に関する申告 ※それぞれ保有する合計金額を記入し、その他には内容を記入してください。

<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は上記預貯金等の要件のとおりです。 ※ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり	
	被保険者	配偶者
預貯金額	円	円
有価証券 (評価概算額)	円	円
その他 (現金・負債を含む)	()※ 円 ※内容を記入してください	()※ 円 ※内容を記入してください

以上、下記注意事項に留意し、申告します。

【注意事項】

(1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写し※を添付してください。

※申請日の直近2ヶ月以内で、①銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分と、②最終の残高がわかる部分の写しが必要で

す。(2) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

(3) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

3 同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他関係機関(以下『銀行等』という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、みやま市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

〈本人 氏名〉

〈配偶者 氏名〉